

健康保険

所 属 選 択 届  
二 以 上 事 業 所 勤 務

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭	年	月	日	基礎年金番	番号										
			7.平															

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被 保 険 者 資 格 日 得 喪 年 月 日	報酬月額		※				
	被保険者整理番号	事業所所在地			報酬月額		標準報酬月額				
選 択 事業所				取得	年	月	日	金銭による報酬	円	健	千円
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
非 選 択 事業所		基金	基 号		取得	年	月	日	合計		円
				喪失	年	月	日	金銭による報酬	円		
		基金	基 号		取得	年	月	日	現物による報酬		円
				喪失	年	月	日	合計	円		
		基金	基 号		取得	年	月	日	金銭による報酬	円	
				喪失	年	月	日	現物による報酬	円		
	基金	基 号	取得		年	月	日	合計	円		

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

<b>【被保険者】</b>  住所   氏名	<b>【個人情報利用等同意欄】</b> 当組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択保険者、年金事務所、事業主へ照会・提供することがあります。  上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。 令和 年 月 日 氏名
---------------------------------------	--

受付印

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 資格取得届」の提出が必要です。